



DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Ja niżej podpisana(y).....
{imię i nazwisko albo nazwa osoby prawnej}

data urodzenia.....

Zamieszkała(y): kodMiejscowość.....

ulica.....nr domu.....nr lokalu.....

gmina / dzielnica.....powiat.....województwo.....

telefon.....e-mail:.....

adres do korespondencji:.....

.....e-mail:.....

deklaruję chęć przystawienia do Stowarzyszenia Rodziców i Przyjaciół Dzieci
Niewidomych i Słabowidzących „Tęcza” w charakterze:

- Członka zwyczajnego^{*)} - na podstawie § 13 p. 1 statutu stowarzyszenia.

Jestem rodzicem/opiekunem niewidomego/słabowidzącego dziecka/osoby :

imię i nazwisko.....data ur.....

imię i nazwisko.....data ur.....

imię i nazwisko.....data ur.....

- Członka przyjaciela^{*)} - na podstawie § 14 p. 1 statutu stowarzyszenia.

W załączeniu przedkładam rekomendacje dwóch członków zwyczajnych Stowarzyszenia:

P.....

P.....

- Członka wspierającego^{*)} - na podstawie § 15 i 16 p. 1 statutu stowarzyszenia.

Zapoznałem/łam się ze statutem Stowarzyszenia i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

data..... podpis.....

Zgodnie z Ustawą o Ochronie Danych Osobowych z dnia 10 maja 2018 (UODO) oraz rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE - wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w sprawach wynikających z działalności statutowej Stowarzyszenia.

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych w Stowarzyszeniu Tęcza znajduje się na stronie internetowej www.tecza.org/rodo/

data..... podpis.....

^{*)} - właściwe podkreślić

Przyjęty w poczet członków Stowarzyszenia uchwałą Zarządu

nr..... z dnia

Dane o dziecku niepełnosprawnym

(w przypadku posiadania większej ilości dzieci niepełnosprawnych prosimy o wypełnienie tego formularza dla każdego dziecka oddzielnie)

Imię i nazwisko

data urodzenia

adres: kod miejscowość

ulica nr domu nr lokalu

dzielnica/gmina powiat

Schorzenie wzroku

.....

.....

dodatkowe schorzenia

.....

.....

.....

placówka, do której dziecko uczęszcza (*nazwa, adres, telefon*)

.....

.....